

QUESTIONARIO OBBLIGATORIO PER ACCESSO AL PRESIDIO OSPEDALIERO

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Residente a _____

Utente per Prestazione Sanitaria Visitatore Altro

Riferisce almeno uno di questi segni / sintomi?

Febbre superiore a 37.4 Sì No

Tosse Sì No

Difficoltà respiratoria / Dispnea Sì No

Riferisce almeno due di questi segni / sintomi?

Rinite Sì No

Mal di gola Sì No

Dolori muscolari / Debolezza Sì No

Nausea / Vomito / Diarrea Sì No

Perdita gusto / Olfatto Sì No

Isolamento domiciliare fiduciario in atto Sì No

Provenienza da struttura residenziale con casi accertati o sospetti Covid-19 Sì No

Negli ultimi 14 giorni:

Contatto stretto con caso confermato di Covid-19 (vivere nella stessa casa, contatto fisico senza protezioni come stretta di mano, contatto diretto a meno di un metro) Sì No

Accesso in struttura o reparto ospedaliero con casi accertati di Covid-19 per lavoro o come utente Sì No

Decesso di familiare convivente per cause inspiegate Sì No

Sezione da compilare in presenza dell'operatore sanitario

Data _____ Ora _____

Firma dell'utente / visitatore _____ Firma operatore _____

La scheda è richiesta al fine di garantire la sua sicurezza e quella degli operatori che l'assistono. Grazie!

NB: per i ricoveri inserire questo documento originale in Cartella Clinica